

Zur Sache




Das Gesundheitssystem zukunftsfähig machen

Konzept zur Reform des
Gesundheitswesens in Deutschland



Verband Forschender
Arzneimittelhersteller e.V.



Ohne Medikamente wäre die Geschichte der Medizin eine Kurzgeschichte. Innovative Arzneimittel waren und sind Meilensteine des therapeutischen Fortschritts. Aber längst sind nicht alle Krankheiten besiegt. Millionen Patienten warten auf Heilung. Die forschenden Arzneimittelhersteller forschen für das Leben.

Die forschenden Arzneimittelhersteller wollen weiterhin mit innovativen Arzneimitteln den therapeutischen Fortschritt vorantreiben. Dazu brauchen sie verlässliche Rahmenbedingungen am Standort Deutschland und ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen, das den Wettbewerb um die beste Qualität stimuliert.

Der Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA) vertritt die Interessen der weltweit führenden forschenden Arzneimittelhersteller in Deutschland. Er repräsentiert eine wettbewerbsfähige High-Tech-Branche und sucht den Dialog mit der Öffentlichkeit sowie allen Verantwortlichen in Politik und Gesellschaft. Denn gerade Innovationen brauchen gesellschaftliche Akzeptanz.

Das Gesundheitssystem zukunftsfähig machen

Konzept zur Reform des
Gesundheitswesens in Deutschland



Verband Forschender
Arzneimittelhersteller e.V.

Inhalt

Das VFA-Konzept zur Reform des
Gesundheitswesens in Deutschland

4| **Selbstbestimmung, Solidarität, Wettbewerb –
Die Gesundheitsversorgung zukunftssicher machen**

5| **Die Lage**

6| **Das VFA-Konzept**

8| **Die ersten Reformschritte**

Kurzfassung des Züricher Modells

9| **Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems
Gutachten im Auftrag des
Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller e.V.**

Ein Wort zur Sache ...

Milliardendefizite, Ineffizienz und Zwei-Klassen-Medizin prägen heute das deutsche Gesundheitssystem. Die Politik steht unter immer größerem Handlungsdruck. Doch bislang konnte keiner der vorliegenden Reformansätze eine breite Mehrheit überzeugen. Der Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) möchte mit seinem Konzept zur Reform des Gesundheitswesens in die Debatte eingreifen. Im ersten Teil dieser Veröffentlichung wird dieses Konzept vorgestellt. Es zielt auf eine grundlegend neue Synthese aus Wettbewerb und solidarischer Absicherung im deutschen Gesundheitswesen und erläutert die notwendigen Schritte, mit denen eine tragfähige Gesundheitsreform kurzfristig in Angriff genommen werden kann. Der zweite Teil enthält die Kurzfassung eines im Auftrag des VFA erstellten Gutachtens der Schweizer Gesundheitsökonomin Prof. Peter Zweifel und Dr. Michael Breuer. Sie beschreiben in ihrem Züricher Modell überzeugende Perspektiven für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems. Sie weisen nach, dass eine durchgreifende marktwirtschaftliche Reform sozial ausgestaltbar, finanziell darstellbar und politisch umsetzbar ist. Die forschenden Arzneimittelhersteller stellen ihr Reformkonzept gegen den politischen Trend, das deutsche Gesundheitswesen durch fortwährende Regulierung zu ersticken. Der VFA fordert, die notwendigen Schritte zur Förderung des Wettbewerbs und zur Neugestaltung des solidarischen Ausgleichs umgehend einzuleiten.

Das Gutachten „Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems“ erhalten Sie beim VFA oder als Download unter www.vfa.de/zuerichermodell.

Selbstbestimmung, Solidarität, Wettbewerb – Die Gesundheitsversorgung zukunftsicher machen

Das deutsche Gesundheitswesen muss grundlegend reformiert werden. Die bestehenden Strukturen und Steuerungsinstrumente sind

nicht mehr effektiv und effizient. Qualitätsmängel in der Versorgung gehören immer mehr zum Behandlungsalltag. Den Patienten und Versicherten werden echte Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten vorenthalten. Gleichzeitig dreht sich die Beitragssatzspirale der Gesetzlichen Krankenversicherung weiter nach oben.

Eine neue Balance von Solidarität einerseits und Selbstbestimmung sowie Eigenverantwortung des Versicherten andererseits ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Reform des Gesundheitswesens. Zur Stärkung des Solidarprinzips müssen die sozialen Umverteilungsaufgaben auf den Staat und das Steuersystem konzentriert werden. Deshalb ist die Gesetzliche Krankenversicherung von versicherungsfremden Leistungen zu befreien. Diese Aufgaben müssen auf ein separates System des sozialen Ausgleichs übertragen werden, das aus Steuermitteln finanziert wird.

Neben dem Solidarprinzip gilt es, die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung des Versicherten zu stärken. Der Versicherte muss seinen Versicherungsschutz individuell gestalten können. Jedem Bürger muss die Möglichkeit eingeräumt werden, eine Auswahl zwischen Leistungen und Formen der Krankenversicherung zu treffen. Wahlangebote für die Versicherten erfordern zugleich eine Intensivierung des Wettbewerbs der Krankenversicherer und Leistungserbringer. Nur ein funktionierender Wettbewerb der Kassen und Leistungsanbieter garantiert allen Patienten eine hochwertige Gesundheitsversorgung.

Weiterhin ist eine Reform des bestehenden Finanzierungssystems notwendig. Die lohnbezogene Beitragsbemessung der Gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht mehr zeitgemäß. Gerade wenn den Versicherten in Zukunft mehr Wahlfreiheit eingeräumt werden soll, ist eine Hinwendung zu versicherungsadäquateren Beiträgen unabdingbar. Bereits in der nächsten Legislaturperiode müssen erste Schritte zur Förderung des Wettbewerbs und zur Reform der solidarischen Absicherung verwirklicht werden.

Die Lage

Das deutsche Gesundheitssystem ist nicht zukunftsfähig. Die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit sind erreicht. Die Finanzierbarkeit ist auf Dauer nicht gewährleistet. Darauf weisen Experten immer nachdrücklicher hin.

Spürbare Qualitätsmängel – sinkende Leistungsfähigkeit

Das deutsche Gesundheitswesen hat deutliche Qualitätsprobleme. Zentrale Parameter der medizinischen Versorgungsqualität – wie die Lebenserwartung der Bevölkerung oder die Sterblichkeitsziffern bei wichtigen chronischen Erkrankungen – haben sich in Deutschland in den vergangenen zehn Jahren schlechter entwickelt als in den meisten europäischen Nachbarländern. In vielen Indikationsgebieten bestehen erhebliche Versorgungsdefizite, z.B. in der Schmerztherapie oder in der Versorgung von Alzheimer-Patienten.

Insbesondere das Verhältnis von Aufwand und Ertrag, von Ressourceneinsatz und medizinischen Ergebnissen, ist im Systemvergleich unbefriedigend. Bei den Gesundheitsausgaben rangiert Deutschland in Relation zum Bruttoinlandsprodukt hinter den USA an zweiter Stelle. Bei einem Vergleich von Indices der Lebenserwartung und der verlorenen Lebensjahre liegen die Werte für Deutschland hingegen nur auf OECD-Durchschnittsniveau.

Bevormundeter Patient – starre Strukturen

Darüber hinaus ist die gesundheitliche Versorgung zu wenig an den Wünschen und Bedürfnissen der Bevölkerung orientiert. Ein Durchschnittsverdiener, der in seinem Arbeitsleben zusammen mit seinem Arbeitgeber ca. 100.000 Euro in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) einzahlt, will beim Eintritt einer ernsteren Erkrankung nicht mit Rationierungen durch Kostendämpfungsmaßnahmen konfrontiert werden.

Die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem ist rückläufig. Von den ernsthaft Erkrankten beurteilen nur noch 37 Prozent das bestehende System positiv. Und 70 Prozent der Bevölkerung fordern grundsätzliche Änderungen des Gesundheitssystems. Die Patienten und Versicherten beklagen zu Recht ihre passive Rolle im Versorgungsgeschehen. Sie haben gegenwärtig kaum Möglichkeiten, ihre Präferenzen zu artikulieren und mitgestaltend für ihre Gesundheitsversorgung tätig zu werden.

Durch die Unterbindung von Wettbewerbsstrukturen ist auch der Wettbewerb um die beste Qualität ausgeschaltet worden. Stattdessen wurden durch Reglementierungen Fehlanreize gesetzt, die ineffiziente Versorgungsstrukturen gefördert haben und erhalten.

Steigende Beiträge – unsichere Finanzierung

Handlungsdruck entsteht des Weiteren durch den demographischen Wandel und den medizinisch-technischen Fortschritt. Die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung ist zweifelsohne ein Gewinn. Sie wird aber auch zu einem Anstieg der Gesundheitsausgaben führen, da ältere Menschen ein Mehrfaches an medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen als Jüngere. Neue Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten werden bisher unheilbare Krankheiten heilen und die Lebensqualität verbessern. Der medizinisch-technische Fortschritt wird per saldo die Gesundheitsausgaben weiter ansteigen lassen. Auch bei Ausschöpfung aller Effizienzreserven werden die GKV-Einnahmen nicht ausreichen, die Kosten des medizinischen Fortschritts zu finanzieren.

Angesichts dieser Entwicklung sind steigende Beitragssätze in der GKV absehbar. Schon in den vergangenen Jahren sind die Beitragszahler immer stärker belastet worden. Von 1970 bis heute ist der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV von acht auf 14 Prozent gestiegen. Ein Ende ist nicht abzusehen. Im Gegenteil: Wenn es zu keinen grundlegenden Änderungen am gegenwärtigen System kommt, prognostizieren Wissenschaftler für das Jahr 2040 Beitragssätze von über 20 Prozent bis mehr als 30 Prozent.

Die Reform des Gesundheitswesens ist überfällig

Wird eine grundlegende Reform des Gesundheitssystems weiter hinausgezögert, werden sich die Probleme verschärfen, mit denen der Patient im Behandlungsalltag konfrontiert ist. Deshalb muss schnell gehandelt werden. Ein marktwirtschaftlich organisiertes Gesundheitssystem mit einer sozialen Absicherung und einer starken Orientierung auf den Patienten stellt eine überzeugende Antwort auf die genannten Probleme dar.

Das VFA-Konzept

Die Reform des Gesundheitssystems muss eine neue Balance von Solidarität einerseits und Selbstbestimmung sowie Eigenverantwortung des Versicherten andererseits sicherstellen. Eine sozial flankierte Einführung und Stärkung marktwirtschaftlicher Strukturen führt zur Steigerung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems und erhöht die Qualität der Versorgung für die Patienten.

Solidarität stärken

Stärke des deutschen Gesundheitssystems ist der Versicherungsschutz für breite Bevölkerungskreise. Diesen Vorzug gilt es zu erhalten und auszubauen. Jeder muss sich darauf verlassen können, bei lebensbedrohlichen und ernstesten Erkrankungen abgesichert zu sein. Deshalb fordert der VFA eine allgemeine Krankenversicherungspflicht.

Der soziale Ausgleich zwischen Beziehern hoher und niedriger Einkommen sowie die Familienförderung sind ein weiteres Element des bestehenden Gesundheitssystems. Dieser Ausgleich ist zurzeit allerdings sehr intransparent und ineffizient organisiert. Die GKV begünstigt

zum einen Personen, die eine solidarische Unterstützung durch die Versichertengemeinschaft eigentlich gar nicht benötigen. Zum anderen beteiligen sich derzeit nur die GKV-Versicherten an der solidarischen Finanzierung.

Dieser soziale Ausgleich muss neu gestaltet und auf eine zukunftsfähige Grundlage gestellt werden. Er kann zielgerichteter erfolgen, wenn er außerhalb des Krankenversicherungssystems organisiert wird. Das Soli-

darprinzip wird gestärkt, wenn alle Steuerzahler die sozialpolitisch notwendigen Umverteilungsaufgaben finanzieren und nicht nur die GKV-Beitragszahler. Der VFA fordert daher eine klare Trennung zwischen Versicherung und Umverteilung. Die über die Versicherungsfunktion hinausgehende Umverteilung muss schrittweise aus dem Krankenversicherungssystem ausgelagert und auf ein separates System des sozialen Ausgleichs übertragen werden, das aus Steuermitteln finanziert wird.

Selbstbestimmung und Eigenverantwortung ermöglichen

Über die allgemeine Versicherungspflicht hinaus gibt es keinen Grund, warum die Versicherten nicht über Art und Umfang ihrer Krankenversicherung selbst ent-

scheiden können. Einige möchten schon heute die „Komfortleistungen“ im Krankenhaus (z.B. Ein- und Zweibettzimmer) absichern, andere nicht. Ähnlich verhält es sich z.B. mit der Versorgungssteuerung durch den Hausarzt oder mit den so genannten alternativen Behandlungsmethoden, mit der Absicherung bei geringfügigen Gesundheitsstörungen, mit Selbstbehalttarifen oder mit besonderen Programmen für chronisch Kranke. Durch eine sinnvolle Differenzierung des Leistungsangebots soll zukünftig die medizinische Versorgung tatsächlich auf die Bedürfnisse der Versicherten und Patienten zugeschnitten werden. Statt einer mittelmäßigen Einheitsversorgung müssen die Krankenkassen hochwertige Versorgungsalternativen bieten, die den unterschiedlichen Bedürfnissen und Wünschen der Bürger entsprechen.

Der VFA tritt deshalb dafür ein, den Versicherten zu ermöglichen, ihren Versicherungsschutz weitgehend selbst zu bestimmen und alternative Versorgungsangebote in Anspruch zu nehmen. Jeder hat – wie in anderen Lebensbereichen auch – das Recht, eine Auswahl zwischen unterschiedlichen Angeboten zu treffen und damit seinen individuellen Versicherungsschutz zu bestimmen.

Dies bedeutet zugleich ein höheres Maß an Mitverantwortung des Einzelnen. Er muss sich über vorhandene Versicherungs- und Leistungsangebote informieren und einen aktiveren Part im Gesundheitssystem übernehmen – als Versicherter wie als Patient. Dafür müssen ihm die notwendigen Informations- und Beratungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden. Der Einzelne muss die Möglichkeit haben, sich über alle Themen kundig zu machen, die seine Gesundheitsversorgung berühren, z.B. über Versorgungsangebote, Therapiemethoden oder Forschungsergebnisse. Der informierte Patient hat mehr Möglichkeiten, sich selbständig für seine Gesundheit zu engagieren – präventiv wie im Krankheitsfall.

Das VFA-Konzept umfasst:

- Eine allgemeine Versicherungspflicht für die Bevölkerung,
- eine Neugestaltung des sozialen Ausgleichs außerhalb der Krankenversicherung im Rahmen eines Steuer-Transfer-Systems,
- eine größere Mitsprache und Mitverantwortung der Patienten und Versicherten,
- umfassende Wahlmöglichkeiten für die Versicherten bei ihrem Versicherungsschutz und der gewünschten medizinischen Versorgung,
- einen wirksamen Wettbewerb der Krankenversicherungen und Leistungsanbieter,
- eine Entkoppelung des GKV-Beitrags vom Beschäftigungsverhältnis sowie
- eine Neuordnung der Finanzbeziehungen zwischen den Sozialleistungsträgern.

Qualitätsorientierten Wettbewerb fördern

Ein funktionierender Wettbewerb im Gesundheitswesen beseitigt ineffiziente Versorgungsstrukturen. Er ist zugleich ein Innovationsmotor. Er trägt dazu bei, dass sich Krankenkassen und Leistungsanbieter immer wieder aufs Neue um Qualitätsverbesserungen bemühen und den Versicherten innovative Produkte und Dienstleistungen anbieten.

Aus diesem Grund ist es wichtig, dass der Wettbewerb der Krankenversicherungen und Leistungserbringer, also auf den Versicherungs- und den Versorgungsmärkten, intensiviert wird. Durch neue Vorgaben und Reglementierungen können die gewünschten Qualitäts- und Effizienzverbesserungen nicht erzielt werden. Nur ein funktionierender Wettbewerb auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungsanbieter garantiert allen Patienten eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung. Deshalb fordert der VFA die Beseitigung monopolistischer Strukturen. Sie haben sich als Qualitäts- und Innovationsbremse erwiesen. Auch im Gesundheitswesen darf es keine Kartelle geben. Den Krankenversicherern muss es erlaubt sein, mit einzelnen Leistungserbringern Verträge abzuschließen. Darüber hinaus dürfen die Krankenkassen keine gemeinsamen und einheitlichen Verträge mit Leistungsanbietern mehr abschließen. Dadurch wird ein Wettbewerb um die beste Qualität in der gesundheitlichen Versorgung initiiert, der den Patienten zugute kommt.

Das Finanzierungssystem neu gestalten

Die lohnbezogene, paritätische Beitragsbemessung ist nicht mehr zeitgemäß. Selbst bei vielen Pflichtversicherten in der GKV stellt der Lohn inzwischen nicht mehr die einzige Einkommensquelle dar. Auch die hälftige Finanzierung des Krankenversicherungsbeitrags durch den Arbeitgeber ist im Kern ein historisches Relikt. Der Arbeitgeberbeitrag ist heute faktisch Lohnbestandteil. Für den Versicherten fehlt im GKV-System jeder Bezug zwischen seinem individuellen Beitrag und der Ausgestaltung seines Versicherungsschutzes.

Gerade wenn den Versicherten in Zukunft mehr Wahlfreiheit eingeräumt werden soll, ist eine grundlegende Reform des Finanzierungssystems unausweichlich. Der GKV-Beitrag muss vom Beschäftigungsverhältnis entkoppelt werden und den Charakter eines Versicherungsbeitrags bekommen. Modelle wie das der individuellen, risikogerechten Prämien liegen vor und belegen, dass

eine solche Systemumstellung machbar ist. Der VFA fordert, diese gesundheitsökonomischen Vorschläge in die politische Debatte aufzunehmen und mittelfristig umzusetzen.

Darüber hinaus ist die Quersubventionierung anderer sozialer Sicherungssysteme durch die GKV zu beseitigen. Allein im Jahr 2001 sind die GKV und ihre Beitragszahler durch sozialpolitische Verschiebepbahnhöfe um rund 5,2 Mrd. Euro belastet worden; für dieses Jahr wird sich der Finanzverlust auf ca. 6,3 Mrd. Euro erhöhen. Wie das Krankenversicherungssystem müssen sich auch die Renten- und Arbeitslosenversicherung selbst finanzieren. Es empfiehlt sich deshalb eine Neuordnung der Finanzbeziehungen zwischen den Sozialleistungszweigen, um die sozialpolitischen Verschiebepbahnhöfe endlich zu beenden.

Chancen des Wettbewerbs nutzen

Allen Beteiligten – Patienten, Krankenkassen, Leistungsanbieter – kommen marktwirtschaftliche Rahmenbedingungen zugute. Die Krankenversicherer werden in einem Wettbewerbssystem ein hohes Maß an Gestaltungsmöglichkeiten haben. Sie sind nicht mehr bloße Verwalter von Versicherungsbeiträgen und gesetzlichen Vorgaben. Sie sind vielmehr Dienstleister der Versicherten und bieten ihnen innovative Produkte und individuelle Beratungsleistungen an. Dieses deregulierte, offene System ist europatauglich und mit einer EU-weiten Marköffnung für die Versicherten vereinbar. Auch die Leistungsanbieter, die auf Qualität und Innovation setzen, werden einen funktionierenden Wettbewerb im Gesundheitswesen nutzen. Hochwertige Dienstleistungen und Produkte haben hier weitaus bessere Marktchancen als unter den Bedingungen von Honorarbudgets, starren Erstattungsregelungen und eines einheitlichen Leistungskatalogs.

Vor allem aber werden die Patienten und Versicherten

von den Reformen profitieren:

- *Eine qualitativ hochwertige, fortschrittliche Gesundheitsversorgung ist gesichert.*
- *Die Bürger können über ihre Krankenversicherung weitgehend selbst entscheiden.*
- *Ein angemessener Krankenversicherungsschutz für alle wird solidarisch finanziert.*
- *Die Gesundheitsversorgung bleibt auch in Zukunft bezahlbar.*

Die ersten Reformschritte

Die Gesundheitsreform 2003 muss die Weichen hin zu diesem marktwirtschaftlichen Gesundheitssystem stellen. Bereits in der nächsten Legislaturperiode sind erste entscheidende Schritte zur Förderung des Wettbewerbs und zur Reform der solidarischen Absicherung zu verwirklichen. Folgende Maßnahmen schlägt der VFA vor:

- **Die Rolle des Patienten stärken**

Eine moderne Gesundheitspolitik setzt auf den mündigen Bürger. Mehr Information und Mitsprache für den Patienten sind deshalb erforderlich. Nur der informierte Patient kann seine Interessen gegenüber dem Arzt und Versicherer artikulieren und einen aktiven Part im Versorgungsgeschehen übernehmen.

- **Den Leistungskatalog differenzieren**

Der Leistungsrahmen der GKV muss flexibler gestaltet werden. Die Versicherten wünschen vor allem bei schweren Erkrankungen eine moderne, leistungsfähige Gesundheitsversorgung. Niemand ist jedoch überfordert, Leistungen bei geringfügigen Gesundheitsstörungen oder verschreibungsfreie Medikamente selbst zu finanzieren oder ggf. über eine entsprechende Zusatzversicherung abzudecken.

- **Die Kostentransparenz erhöhen**

Alle GKV-Versicherten sollten zumindest eine Wahlmöglichkeit zwischen Sachleistung und Kostenerstattung haben. Viele Patienten wünschen heute eine größere Transparenz über Art, Umfang und Kosten der Gesundheitsversorgung. Nur wenn sie auch die Kosten der Versorgungsangebote kennen, können sie eine stärkere Eigenverantwortung übernehmen und von ihren Wahlrechten Gebrauch machen.

- **Die Vertragsfreiheit ausweiten**

Neben den Wahlfreiheiten für die Versicherten ist die Flexibilisierung des Vertragsrechts ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg zu einem wettbewerblich organisierten Gesundheitssystem. Das derzeitige starre System der Selbstverwaltung ist zu einem Innovationshemmnis im Gesundheitswesen geworden. Die Monopole müssen aufgebrochen werden. Feste, einheitliche Bewertungen und Vorgaben des Staates bzw. der Selbstverwaltung sollten durch dezentrale Verhandlungslösungen und kassenindividuelle Vergütungs- und Erstattungsregelungen ersetzt werden.

- **Den Arbeitgeberbeitrag in Lohn umwandeln**

Auch eine Reform des Finanzierungssystems darf nicht länger vertagt werden. Ein wichtiger Schritt in Richtung einer wettbewerblichen Steuerung des

Gesundheitssystems ist die Auszahlung der Arbeitgeberbeiträge an die Versicherten. Um die Finanzierungstransparenz des Systems zu erhöhen, sollte der Arbeitgeberbeitrag in Lohn umgewandelt werden und die Beitragserhebung vollständig beim Versicherten erfolgen.

- **Die Verschiebebahnhöfe beenden**

Schließlich sollte eine konsequente Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen aus dem GKV-System erfolgen. Die sozialpolitischen Verschiebebahnhöfe sind zu beenden. Die versicherungsfremden Leistungen müssen sachgerecht über den Bundeshaushalt durch separate Leistungsgesetze bzw. die jeweiligen Sozialleistungsträger in Form von regulären Beitragsüberweisungen an die Krankenversicherung finanziert werden.

Mit der Umsetzung dieser Reformvorschläge ist der Grundstein für ein freiheitliches, solidarisch abgesichertes Gesundheitswesen gelegt, das zukunftstauglich ist. Nur mit einer neuen Synthese aus Wettbewerb und solidarischer Absicherung können die Zukunftsprobleme des Gesundheitssystems bewältigt werden. Die Chancen, die der Gesundheitsmarkt für Wachstum und Beschäftigung in Deutschland bietet, werden genutzt. Der medizinische Fortschritt wird finanzierbar gemacht.

Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems Gutachten im Auftrag des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller e.V.

Das deutsche Gesundheitssystem ist reformbedürftig

Das Gesundheitswesen stellt ein komplexes System dar, in dem die Nachfrager (Versicherte und Patienten), die Anbieter von Gesundheitsleistungen und die Krankenkassen miteinander interagieren. Die Vertragsbeziehungen zwischen diesen drei Gruppen sind jedoch bislang nicht frei gestaltbar, sondern werden von einem dichten Geflecht von politisch gesetzten Regulierungen überzogen, welche das deutsche Gesundheitswesen prägen. Zahlreiche dieser Regulierungen sind notwendig, weil der Preis als Steuerungsmechanismus weitgehend außer Kraft gesetzt wurde. So ist etwa der Risikostrukturausgleich eine direkte Folge der nicht risikogerechten Beitragserhebung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Im Resultat wird der Wettbewerb durch die Dichte der Regulierungen sehr stark eingeschränkt, und es kommt zu einer weitreichenden, von oben verordneten Vereinheitlichung der Leistungen – häufig gegen die Interessen der Versicherten.

Reduzierte Wahlfreiheit für Versicherte

Solange das Einkommen aus unselbständiger Tätigkeit die Versicherungspflichtgrenze nicht überschreitet, sind alle Arbeitnehmer in der Gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Die GKV-Versicherten können zwar ihre Krankenkasse wählen, doch sind die Leistungen der einzelnen Kassen weitgehend identisch. Da alle GKV-Versicherten somit den gleichen Versicherungsschutz genießen, stellen die Beiträge zur GKV bis zum Erreichen der Versicherungspflichtgrenze, die zugleich die Beitragsbemessungsgrenze markiert, eine lineare, wenn auch zweckgebundene Steuer auf Lohneinkommen dar.

Ihre Präferenzen können die Versicherten in diesem System nicht effektiv zum Ausdruck bringen. Denn zum einen ist der Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltung vom Gesetzgeber von vornherein stark eingeschränkt, und die Versicherten haben faktisch keinen Einfluss auf dieses Gremium. Eine zweite Möglichkeit, Unzufriedenheit zu äußern, stellt die Möglichkeit der Abwanderung in die Private Krankenversicherung (PKV) dar. Doch steht diese Option nur den Beziehern von Einkommen jenseits der Versicherungspflichtgrenze („Friedensgrenze“) offen und hat deshalb ebenfalls beschränkte Bedeutung.

Keine individuell zugeschnittenen Leistungen

Bei der Wahl der Leistungsanbieter stehen den Versicherten auf den ersten Blick mehr Wahlmöglichkeiten offen (freie Arztwahl). Doch entpuppt sich diese Wahlfreiheit auch nur allzu oft als eine scheinbare. Erstens haben die Versicherten keinen Einfluss auf den Leistungskatalog. Zweitens können weder die Patienten selbst, noch ihre Krankenkassen den Leistungsanbietern durch die Wahl der geeigneten Honorierungsform besondere Anreize setzen, da die Vergütungsformen im Gesundheitswesen sektorspezifisch einheitlich sind und ganz überwiegend kollektiv zwischen den Verbänden der

Autoren:

Prof. Dr. Peter Zweifel
und Dr. Michael Breuer
Sozialökonomisches Institut,
Universität Zürich
Hottingerstr. 10, 8032
Zürich

Krankenversicherer und der Leistungsanbieter vereinbart werden. Eine gezielte Förderung einzelner Patientengruppen oder das Eingehen auf die Präferenzen der einzelnen Versicherten wird so unmöglich.

Ineffizienzen sind vorprogrammiert

Die fehlenden Wahlmöglichkeiten lassen keine Signale zu, die angeben, welche Leistungen im Gesundheitswesen bereitgestellt werden sollen. Darüber hinaus wird eine bestimmte Leistung oft nicht effizient hergestellt, weil die Anreize zur Kostenersparnis völlig fehlen. Wenn die GKV-Versicherten die finanziellen Folgen eines Arztbesuches nicht spüren, haben sie keinen Anlass, gegebenenfalls auch einmal auf einen Arztbesuch zu verzichten. Ärzte wiederum haben unter dem im ambulanten Bereich vorherrschenden System der Einzelfallvergütung ein Interesse, möglichst viele Einzelleistungen zu erbringen, auch wenn sie nicht nötig sind.

Behinderung von Produktinnovationen

Die Gleichzeitigkeit von preislichen und regulatorischen Steuerungsmechanismen im Gesundheitswesen hat auch zur Konsequenz, dass Produktinnovationen, die zu einer verbesserten Versorgung der Patienten führen könnten, als Ergebnis eines marktwirtschaftlichen Entdeckungsverfahrens nicht zu erwarten sind. Da eine einzelne Krankenkasse derzeit keine Verträge mit einzelnen Leistungsanbietern aushandeln kann, haben innovative Versorgungsformen keine Chance. Der Risikostrukturausgleich tut ein Übriges: Wenn er perfekt arbeitet und alle Unterschiede in der Risikostruktur zwischen den Kassen vollständig ausgleicht, verlieren Krankenkassen von vornherein jeden Anreiz zu Produktinnovationen und einer verbesserten Versorgung ihrer Versicherten – schließlich werden sie für eine Verbesserung der Risikostruktur ihrer Versicherten bestraft und für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands ihrer Versicherten entschädigt. Arbeitet der Risikostrukturausgleich nicht perfekt, führen Produktinnovationen zu einer Risikoselektion: Innovationen, die den hohen Risiken, etwa den chronisch Kranken, zugute kämen, werden nicht angeboten, weil sie zu einer Häufung gerade solcher Risiken in einer Krankenkasse und dort zu höheren Beiträgen führen würden. Ein Versicherer, der mit Produktinnovationen auf dem Markt aufwartet, kommt deshalb unweigerlich in den Verdacht, nicht etwa bessere Versorgungsformen anzubieten, sondern gute Risiken zu selektionieren (bzw. die Selbstselektionierung unter den Versicherten zu fördern) und sich so einen ungerechtfertigten Vorteil durch günstigere Beitragssätze verschaffen zu wollen.

Punktuelle Reformen sind unzureichend

Reformen im Gesundheitswesen sind ein politisches Dauerthema. Zumeist werden mit weiteren Regulierungen punktuelle Verbesserungen angestrebt, ohne die Nebenwirkungen dieser Eingriffe im Gesamtsystem zu beachten. Dies gilt auch für die in der aktuellen Diskussion vertretenen Reformvorschläge. So lassen die pauschalen Forderungen nach einer Ausweitung der Finanzierungsgrundlage der GKV (etwa im Wege des Einbezugs weiterer Einkommen und Versichertengruppen in die Beitragspflicht), nach einer Ausweitung des Risikostrukturausgleichs und auch nach einer Beschränkung des Leistungskatalogs die grundsätzlichen Steuerungsmängel im derzeitigen Gesundheitssystem letztlich unberührt. Auch eine Erhöhung der Kostentransparenz (z.B. durch grundsätzliche Umstellung auf das Geldleistungsprinzip) würde isoliert nur

dazu beitragen, dass die Tendenz der Versicherten, sich das Teurere zu gönnen, verstärkt würde. Eine Umstellung des Finanzierungsverfahrens auf Kapitaldeckung hätte mit dem Problem zu kämpfen, dass die notwendigen Altersrückstellungen allein schon aufgrund des in der Medizin kaum absehbaren medizinischen Fortschritts nicht genügend zuverlässig kalkuliert werden können. Von oben verordnete Managed Care Systeme schließlich untergraben jeglichen innovativen Wettbewerb um die beste Versorgung der Versicherten.

Notwendig ist eine konsequente Umgestaltung des Systems

Die strukturellen Probleme des Gesundheitswesens können nur durch einen innovativen Wettbewerb auf allen Ebenen des Gesundheitssystems gelöst werden. Dies setzt voraus, dass die Preise auch im Gesundheitssystem die zentrale Steuerungsfunktion übernehmen. Eine Krankenversicherung, die sich beispielsweise auf chronisch Kranke spezialisiert, muss dafür eine höhere Prämie verlangen können als eine Krankenkasse, die niedrigere Risiken versichert. Zugleich sollte eine Krankenversicherung ein vitales Interesse daran haben, den Gesundheitszustand ihrer Versicherten zu verbessern. Aber auch die Versicherten können zu einer höheren Effizienz des Gesundheitssystems beitragen, wenn sie hierzu entsprechende Anreize bekommen. Derzeit verlangen sie für ihre fixen GKV-Beiträge ausschließlich die besten (und meist teuersten) Behandlungsmethoden. Wenn die Versicherten mit den finanziellen Folgen ihrer Wahlentscheidungen konfrontiert würden, käme es auch bei ihnen zu einer verstärkten Abwägung zwischen Nutzen und Kosten einer medizinischen Behandlung.

Das Gesundheitswesen ist wettbewerblich zu organisieren

In einem wettbewerblich organisierten Gesundheitswesen kommt den Krankenversicherern eine bedeutende Rolle zu. Sie stellen als Agenten der Versicherten aus den Angeboten der Leistungsanbieter Versicherungspakete zusammen, aus denen die Versicherten ihre Wahl treffen. Ein derartiger Wettbewerb der Krankenversicherer bedingt Vertragsfreiheit mit den Leistungsanbietern. Um den Krankenversicherer dabei nicht dem Vorwurf auszusetzen, sie würden diese Vertragsfreiheit zu unfairer Risikoselektion missbrauchen, sind risikogerechte Versicherungsprämien unverzichtbar. Nur dadurch wird es möglich, die wettbewerbshemmenden Regulierungen fallen zu lassen, die mit nicht risikogerechten Versicherungsprämien zwangsläufig einhergehen, und stattdessen einem Wettbewerb um innovative Lösungen im Gesundheitswesen Raum zu geben. Personen, die ihre risikogerechten Prämien nicht tragen können, werden direkt durch staatliche Transfers unterstützt. Dadurch wird es möglich, einen gezielten sozialen Ausgleich herbeizuführen, ohne die Steuerungsfunktion der Preise im Gesundheitssystem zu beeinträchtigen.

Wahlfreiheit der Versicherten durch risikogerechte Prämien

Erst wenn alle Versicherten den Krankenversicherern gleichermaßen als Kunden willkommen sind, werden umfangreiche Wahlrechte der Versicherten in der Krankenversicherung sinnvoll. Dies bedingt jedoch, dass die einzelnen Versicherten Prämien zahlen, die von dem Risiko abhängen, das sie in die Versichertengemeinschaft einbringen. Sie haben dann einen Anreiz, die für sie günstigste Versorgungsform zu

wählen, statt lediglich zu versuchen, eine Mitgliedschaft in derjenigen Krankenkasse zu erwerben, die sich durch die günstigste Risikostruktur auszeichnet. Da hohe Risiken ihre zu erwartenden Behandlungskosten mit ihrer Prämie decken, werden sie nicht diskriminiert, der Risikostrukturausgleich kann entfallen, und seine effizienzmindernden Auswirkungen verschwinden. Insbesondere können die Krankenversicherer vielfältige Formen von Verträgen entwickeln, ohne stets dem Verdacht der Risikoselektion ausgesetzt zu sein. Hierbei sind auch individuelle Ausgestaltungen möglich, die z.B. auf dem Weg einer höheren Selbstbeteiligung den Versicherten einen Anreiz zu gesundheitsbewusstem und kostengünstigem Verhalten bieten.

Innovationen im Interesse der Versicherten

Bei einer risikogerechten Prämienerhebung können sich die Versicherer durchaus auch Vertragsformen erlauben, die schlechte Risiken anziehen, denn die höheren Behandlungskosten werden durch die erhöhte Prämie wettgemacht. Der Kontrahierungszwang mit den Leistungsanbietern und die Einheitlichkeit der Leistungspakete der Krankenkassen werden aufgehoben. Stattdessen haben die Krankenversicherer die Chance, in einem Einkaufsmodell ihrer Versichertenklientel die Leistungen anzubieten, die von ihr als besonders nützlich angesehen werden.

Das Interesse der Krankenversicherer an Innovationen wird zusätzlich dadurch gefördert, dass in dem wettbewerblichen Gesundheitssystem die Friedensgrenze zwischen der PKV und der GKV entfällt und sich alle (durchaus auch ausländische) Versicherer am Wettbewerb um den gesamten Krankenversicherungsmarkt beteiligen können.

Neue Möglichkeiten kombinierter Sicherung

Die vertraglichen Ausgestaltungsspielräume der Versicherer können so weit gehen, dass bislang streng getrennte Sparten in einem einzigen Versicherungsvertrag angeboten werden. Möglicherweise kommen Versicherungsverträge auf den Markt, die vorsehen, dass die Versicherten z.B. die ersten 3.000 Euro aus eigener Tasche bezahlen – unabhängig davon, ob der Schaden von einer Krankheit, einem Haftpflichtfall oder einem Gebäudeschaden ausgeht. Jenseits dieser Grenze könnten die Versicherten dann gegebenenfalls auf volle Deckung zählen, die von den Versicherern bei schwach oder gar negativ korrelierten Risiken dank zusätzlicher Diversifikationsmöglichkeiten zu einer reduzierten Gesamtprämie angeboten werden kann. Auf diese Weise ergibt sich ein breites Spektrum an Innovationsmöglichkeiten auf dem Versicherungsmarkt.

Effiziente Versorgung durch vielfältige Honorierungsformen

In einem wettbewerblich organisierten Gesundheitssystem gehört es mit zu den Aufgaben eines Krankenversicherers, Honorierungsformen (und -niveaus) auszuhandeln, welche die Leistungsanbieter dazu bewegen, sich für die Patienten je nach Typ in optimaler Weise einzusetzen. Dazu bedarf es einer Vielfalt ausgehandelter Honorierungsformen.

- **Anreizgerechte Vergütung im ambulanten Bereich**

Im ambulanten Bereich würden die Versicherer das Recht erhalten, im Interesse ihrer Versicherten mit einzelnen Ärzteguppen unterschiedliche Verträge auszuhandeln, je nachdem wie stark der jeweilige Anreiz für eine intensive Behandlung sein soll. Wer davon ausgehen muss, dass Probleme mit dem Kreislauf auftreten könnten, wird

einer Versicherung den Vorzug geben, die für den entsprechenden Facharzt vorzugsweise Einzelleistungsvergütung vereinbart und dafür in anderen Fällen Pauschalhonorierung vorsieht. Die Versicherer werden diese Wahl verstärkt mit Beratung unterstützen, um Kunden anzuziehen.

- **Mehr Wahlfreiheit und Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt**

Auch im Bereich der Arzneimittel können die Versicherten über ihre als Sachwalter agierenden Krankenversicherer von einem stärkeren Wettbewerb profitieren. So wäre es den Versicherern möglich, ihren Kunden Verträge anzubieten, die den Kreis der erstattungsfähigen Medikamente ausweiten oder einschränken, unter frei vereinbarten Bedingungen Generika statt Originalpräparate vorsehen, umgekehrt aber auch für die Behandlung einer chronischen Erkrankung die freie Medikamentenwahl mit einer deutlich geringeren Zuzahlungsverpflichtung vorsehen.

Damit können die Apotheken wieder von der Pflicht befreit werden, stets die preisgünstigsten Medikamente abgeben zu müssen, sofern der Arzt nicht auf einem bestimmten Präparat besteht. Im Gegenzug müssen dann allerdings auch sie auf den bislang geltenden Kontrahierungszwang verzichten und sich dem Leistungswettbewerb aussetzen. Dieser Wettbewerb bedeutet auch ein Aushandeln der Margen mit einzelnen Versicherungen an Stelle eines einheitlichen Rabatts, welchen die Apotheken derzeit allen Krankenkassen gewähren müssen. In der Schweiz wird dies von einigen Versandapotheken bereits praktiziert.

- **Aufhebung der Mischfinanzierung im stationären Sektor**

Grundsätzlich sollten die Krankenversicherer die vollen Kosten tragen, die eine stationäre Behandlung ihrer Versicherten verursacht – einschließlich der Investitionskosten. Unter dem derzeitigen Regime der Mischfinanzierung im Krankenhausbereich haben Politiker häufig ein Interesse daran, das wahre Ausmaß von Überkapazitäten einerseits und Versorgungslücken andererseits zu verschleiern. Sobald die Versicherer die vollen Behandlungskosten finanzieren müssen, werden sie nur noch mit jenen Krankenhäusern Verträge abschließen, die sich durch ein günstiges Leistungs-Kosten-Verhältnis auszeichnen und eine sinnvolle Spezialisierung herbeiführen. Denn bei Operationen geht ein großes Volumen mit einer erhöhten Qualität einher.

Notwendige Rahmenbedingungen des Wettbewerbs

Eine marktwirtschaftliche Gestaltung des Gesundheitssystems setzt wesentlich auf Selbststeuerung, eröffnet den Beteiligten neue Handlungsfelder und macht damit zahlreiche Regulierungen und Folgeregulierungen überflüssig. Dem Staat verbleibt die wichtige Aufgabe, die Rahmenbedingungen des Wettbewerbs zu setzen – dazu gehören:

- **Versicherungspflicht für alle**

Um zu vermeiden, dass einzelne Personen auf den Abschluss einer Krankenversicherung verzichten und dann im Falle einer größeren medizinischen Maßnahme oder einer dauerhaften Beeinträchtigung ihrer Gesundheit auf die Sozialhilfe zurückgreifen, ist eine Krankenversicherungspflicht für alle Bürger erforderlich. Damit diese Pflicht nicht unterlaufen werden kann, muss auch mindestens der finanzielle

Leistungsumfang eines obligatorischen Versicherungspakets gesetzlich festgelegt werden.

- **Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen**

Staatliche Mindestanforderungen z.B. an die Ausbildung der Leistungsanbieter und die Sicherheit ihrer Produkte werden auch künftig nicht obsolet. Dies betrifft die Zulassung zu ärztlichen Berufen ebenso wie die Zulassung von Arznei- und Hilfsmitteln. Präparate und Verfahren von zweifelhaftem therapeutischen Wert und ohne Nutzen für die Patienten sollten hingegen durch den Wettbewerbsprozess ausgeschieden werden.

- **Einbezug des Gesundheitsmarktes in das Kartellverbot**

Wenn sich Leistungsanbieter und Versicherer im Wettbewerb miteinander um Verträge mit der Marktgegenseite bemühen sollen, setzt dies voraus, dass wettbewerbsmindernde oder wettbewerbsverhindernde Absprachen verboten sind. Der Wettbewerbspolitik fällt damit künftig eine große Bedeutung für ein funktionierendes und effizientes Gesundheitssystem zu. Insbesondere muss sie verhindern, dass sich die Versicherer bezüglich der Konditionen bei der Beschaffung der Gesundheitsleistungen absprechen. Nur so bleiben nicht nur die Höhe, sondern auch die Form der Honorierung verhandelbar.

Der soziale Ausgleich ist neu zu gestalten

Risikogerechte Prämien nehmen notwendigerweise keine Rücksicht auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherten. Deshalb können nicht nur die Bezieher niedriger Einkommen überfordert werden, wenn erst einmal eine schwerwiegende oder eine chronische Erkrankung vorliegt. Um allen Bürgern einen Zugang zur Krankenversicherung zu ermöglichen, ist deshalb ein System staatlicher Beihilfen vorzusehen, das bei einer Überforderung der Einzelnen eingreift.

Die bisherige Umverteilung ist intransparent und nicht immer gerecht

Derzeit findet der soziale Ausgleich in der GKV durch die Erhebung einkommensabhängiger Beiträge statt. Die derzeitige Form der Beitragserhebung in der GKV führt zu einer Vermischung von Versicherungsausgleich und systematischer Umverteilung. Die Vermischung beider Ebenen des Ausgleichs ist nicht nur aus Gründen der Kostentransparenz und der Anreizwirkungen problematisch, sondern führt auch dazu, dass die Umverteilungsströme nicht transparent, dafür aber politisch vielleicht leichter durchsetzbar werden. Es ist jedoch die Frage, warum die politischen Entscheidungsträger das Recht haben sollten, ihre Verteilungsvorstellungen in einem intransparenten Finanzierungssystem umzusetzen, obwohl sie bei einer Offenlegung der Umverteilung dafür kein Mandat erhalten würden.

Zudem steht bei der Umverteilung innerhalb der GKV nicht die individuelle Leistungsfähigkeit im Vordergrund. Vielmehr findet nicht nur ein systematischer Ausgleich zwischen Beziehern hoher und niedriger Einkommen, sondern gleichzeitig auch ein solcher zwischen Kranken und Gesunden statt. Beide Arten des sozialen Ausgleichs vermischen sich, was zur Folge hat, dass auch ein gesundes Individuum, das über rela-

tiv wenig Einkommen verfügt, die Krankenversicherung eines Wohlhabenden subventioniert, der unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leidet. Ähnliche zweifelhafte Umverteilungseffekte ergeben sich auch durch die Familienmitversicherung. Bürger, die nicht Mitglied der GKV sind, werden gar nicht zu einem Solidarausgleich herangezogen. Wenn die (auch in Zukunft wohl weiter steigenden) Kosten des Gesundheitswesens weiterhin hauptsächlich aus den Lohn- und Gehaltseinkommen finanziert werden, führt dies auch zu weiter steigenden Abgaben auf Lohn- und Gehaltseinkommen. Es kann offen bleiben, ob dies mit einem Rückgang der Nettoeinkommen oder mit steigenden Bruttolöhnen und damit Arbeitskosten einhergeht. Beide Effekte sind unerwünscht.

Gezielte Prämiensubventionierung als Alternative

Eine sinnvolle Alternative zum bisherigen Ausgleichssystem besteht darin, Haushalten, deren Krankenversicherungsprämien einen festzulegenden Prozentsatz ihres zu versteuernden Einkommens übersteigen, staatliche Prämienzuschüsse zu gewähren. Die Zuschüsse sollten aus dem Steueraufkommen finanziert werden, an dessen Finanzierung alle nach Maßgabe ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit beteiligt sind (Steuer-Transfer-Mechanismus).

Um auch den subventionierten Versicherten einen Anreiz zur Wahl kostengünstiger Verträge zu geben, sollte die Subventionierung nicht in der vollen Höhe der zu zahlenden Prämien erfolgen. Zusätzlich kann es sinnvoll sein, die Prämiensubventionen für bestimmte Leistungen völlig auszuschließen. So kann man durchaus begründen, warum es z.B. einem Versicherten nicht möglich sein sollte, das Recht auf ein Einzelzimmer mit Chefarztbehandlung aus Prämien zu finanzieren, die durch die Allgemeinheit subventioniert wurden.

Schutz gegen hohe Prämienbelastungen im Alter

Der Steuer-Transfer-Mechanismus wirkt für die Begünstigten zugleich als eine Absicherung gegen das langfristige Risiko der Verschlechterung des individuellen Erkrankungsrisikos im Lebenslauf. Den Beziehern niedriger Einkommen wird so eine effektive Absicherung gegen hohe Prämienbelastungen im Alter gegeben. Hierin kommt deutlich die sozialstaatliche Komponente des vorgeschlagenen Krankenversicherungssystems zum Ausdruck, indem einer gezielten Förderung der Bedürftigen gegenüber einem undurchsichtigen Umverteilungsgeflecht der Vorzug gegeben wird. Aber auch die Bezieher hoher Einkommen können sich davor schützen, im Alter sehr hohe Prämienzahlungen an die Krankenversicherung leisten zu müssen. Zwar wird auf dem Krankenversicherungsmarkt verpflichtend nur das aktuelle Erkrankungsrisiko in kurzfristigen Verträgen (z.B. mit einjähriger) Laufzeit abgesichert, doch bleibt den Bürgern ein freiwilliger Abschluss langfristiger Versicherungsverträge oder eine Zusatzabsicherung gegen das Risiko einer höheren Erkrankungswahrscheinlichkeit vorbehalten.

Garantie einer angemessenen Versicherungsmöglichkeit

Ein Kontrahierungszwang der Versicherer, wie er derzeit in der GKV existiert, ist im vorgeschlagenen Krankenversicherungssystem nicht sinnvoll. Er könnte von den Versicherern auf einfache Weise durch überzogene Prämienforderungen für Versicherte, die nicht in den Bestand aufgenommen werden sollen, umgangen werden. Davor sind die Versicherten letztlich am besten durch eine konsequente Wettbewerbspolitik zu schützen.

Ergänzend müsste der Staat eine Garantie dafür übernehmen, dass niemand ohne einen angemessenen Krankenversicherungsschutz bleibt. Eine Maßnahme zur Einlösung dieser Garantie könnte sein, extrem ungünstige Risiken zu Pools zu vereinen und diese dann auf dem Krankenversicherungsmarkt anzubieten. Hierzu müssten möglicherweise staatliche Stellen als ‚Intermediäre‘ auftreten. Um eine friktionslose Versorgung extremer Risiken zu garantieren, ist es auch denkbar, dass staatliche Stellen Verträge mit Versicherern abschließen, die es erlauben, ihnen kurzfristig die extrem hohen Risiken zuzuweisen. Findet sich kein Versicherer, der bereit ist, gegen angemessene Prämien einen solchen Vertrag mit einer staatlichen Einrichtung zu schließen, könnten sich die staatlichen Stellen auch dazu entschließen, selbst für die Kosten dieser kleinen Klientel aufzukommen.

Die Umsetzung des Konzepts

Die Umsetzung der vorgeschlagenen umfassenden Reform kann grundsätzlich auf zwei Weisen erfolgen: Man kann entweder ein Gesamtpaket schnüren und versuchen, das Reformvorhaben in einer einzigen Legislaturperiode zu verwirklichen, oder man kann eine schrittweise Realisierung anstreben. Die Vorteile der schrittweisen Realisierung überwiegen, auch wenn hier die Vorteile der Reform erst später sichtbar werden und damit verbunden eine deutlich höhere Gefahr des ‚Versandens‘ der Reform besteht. Zu den Vorteilen einer schrittweisen Umsetzung ist insbesondere zu zählen, dass die Umsetzungskapazitäten der öffentlichen Verwaltung, aber auch der Krankenversicherer und ihrer Vertragspartner nicht überfordert werden. Zudem wird in der langsameren Gangart auch vermieden, dass Beteiligte mit einer langsameren Anpassungsgeschwindigkeit zu den Verlierern der Reform werden. Der hier vorgeschlagene Weg der Umsetzung geht deshalb von einem zeitlichen Rahmen aus, der etwa zwei Legislaturperioden umfasst.

Die Reihenfolge der Reformschritte ist entscheidend

Auch wenn der Übergang zu risikogerechten Prämien ein wesentliches Element der Reform darstellt, kann deren Einführung nicht am Anfang der Umgestaltung stehen. Dagegen spricht schon, dass die Krankenversicherer in der GKV erst einmal das notwendige Know-how entwickeln müssen, um überhaupt eine Einstufung ihrer Versicherten in Risikoklassen vornehmen zu können. Auf der anderen Seite wäre es für die Umsetzung der Reform fatal, wenn es in ihrem Verlauf zu Verwerfungen, insbesondere zu Risikoselektionen, käme, die von einigen Versicherern genutzt werden könnten, um sich für den zu erwartenden intensivierten Wettbewerb eine günstigere Ausgangslage zu verschaffen.

Phase I: Reform des Verhältnisses der Krankenkassen zu ihren Versicherten

In der ersten Phase des Reformprozesses sollte das Verhältnis der Krankenkassen zu ihren Versicherten im Vordergrund stehen, wozu auch gehört, dass die Versicherten ein Gespür für die Kosten ihres Krankenversicherungsschutzes bekommen. Zentrale Maßnahmen sind die Abschaffung der Krankenkassenbeiträge durch den Arbeitnehmer und die Umwandlung des Arbeitgeberanteils zur Krankenversicherung in Lohn, womit auch die paritätische Selbstverwaltung in der GKV ihre Berechtigung ver-

liert. Die Kostenerstattung sollte zum Regelfall in der GKV werden. Schließlich müssen die Krankenkassen in dieser ersten Phase alle Mitversicherten in ihrem Bestand erfassen und einen (zunächst minimalen) Beitrag für alle mitversicherten Eheleute und Kinder einführen. Wo dieser minimale Zusatzbeitrag die Leistungsfähigkeit der betroffenen Familien überfordert, sollten erste Prämiensubventionen greifen.

Phase II: Intensivierung des Wettbewerbs unter den Krankenversicherern

Den Versicherern müssen nach und nach mehr Wettbewerbsparameter an die Hand gegeben werden. Solange es keine risikogerechten Prämien gibt, muss gleichzeitig verhindert werden, dass die Kassen die Vertragsausgestaltung als ein Instrument zur Risikoselektion nutzen.

Vorstellbar ist es in dieser Phase, die spätestens zum Ende der ersten Legislaturperiode in Angriff genommen werden sollte, dass eine Krankenkasse mit einer Gruppe von Apothekern einen individuellen Rabatt aushandelt. Die Versicherten können weiterhin auch die Leistungen anderer Apotheken in Anspruch nehmen, erhalten aber einen kleinen finanziellen Anreiz, vorzugsweise die speziell gebundenen Anbieter zu kontaktieren. Dieses Grundschema kann auf andere Leistungsanbieter ausgedehnt werden, ohne allzu große Selektionseffekte zu induzieren, solange die Versicherten nicht daran gehindert werden, auch andere Leistungsanbieter zu den bislang üblichen Konditionen zu wählen.

Als zweites Wettbewerbsfeld bieten sich in dieser Phase Zusatzversicherungsprogramme an, deren Zusatzkosten in Form erhöhter Beiträge von den Versicherten selbst zu tragen sind. Zu denken ist hier insbesondere an spezielle Programme für chronisch Kranke. Die Teilnahme muss für alle Versicherten freiwillig sein. Um auch Bedürftigen die Teilnahme an derartigen Zusatzversicherungsprogrammen zu ermöglichen, sind staatliche Subventionen an Personen zu zahlen, die sich trotz eines geringen Einkommens für den Kauf der Zusatzpolice entscheiden. Diese Subventionen sollten allerdings nicht die vollständigen Kosten einer derartigen Police abdecken, damit Personen, die einmal in den Genuss der Subventionierung kommen, sich nicht von vornherein für die teuersten Zusatzversicherungsprogramme entscheiden.

Phase III: Schrittweise Einführung risikogerechter Prämien

Etwa zeitgleich mit dem Beginn der zweiten Legislaturperiode können schrittweise risikogerechte Prämien eingeführt werden. Für den Anfang bietet es sich an, Personen, die neu krankenversicherungspflichtig werden, zu risikogerechten Prämien zu tarifieren. Zugleich muss verbindlich angekündigt werden, dass zum Ende der Übergangsperiode alle Versicherten risikogerechte Prämien zu zahlen haben werden. Die bereits früher eingeführte Prämiensubventionierung muss natürlich in gleichem Maße ausgebaut werden, in dem der Personenkreis der risikogerecht tarifierten Versicherten wächst.

Rund ein Jahr vor Ablauf der Übergangsperiode sollten die Krankenversicherer in der Lage sein, allen Versicherten ein Angebot unterbreiten zu können, das die Bedingungen nennt, unter denen sie künftig weiter versichert werden können. Die Angebote sollen so rechtzeitig auf dem Tisch liegen, dass alle Versicherten die Chance haben, Vergleichsangebote der Konkurrenz einzuholen. Am Ende der Übergangsperiode zahlen alle Versicherten risikogerechte Prämien und kommen nach Maßgabe ihres Einkommens in den Genuss von Prämiensubventionen.

Belastungsverschiebungen

Das derzeitige System des sozialen Ausgleichs innerhalb der GKV (und z. T. der gesamten Sozialversicherung) führt zu beträchtlichen Umverteilungsströmen, die jedoch nicht offen in Erscheinung treten. Sie ergeben sich vielmehr implizit aus den einkommensabhängigen Beiträgen zur GKV, die das individuelle Risiko des Versicherten nicht widerspiegeln.

Offenlegung der Umverteilungsströme

Wenn hingegen im hier vorgeschlagenen Krankenversicherungssystem (ausschließlich) diejenigen durch staatliche Transferzahlungen unterstützt werden, die andernfalls mit der Zahlung ihrer risikogerechten Prämien überfordert wären, führt dies zu Umverteilungsströmen, die auf alle Fälle geringer sind als die bislang innerhalb der GKV fließenden. Allerdings erfolgt die Umverteilung nicht mehr implizit in den Haushalten der Sozialversicherung, sondern sie wird in Form staatlicher Transfers an die zu unterstützenden Personen offengelegt. Zudem ergibt sich eine Belastungsverschiebung zwischen den Krankenversicherern auf der einen und den öffentlichen Haushalten auf der anderen Seite.

Belastungsverschiebung in die staatlichen Haushalte

Um das zur Prämiensubventionierung erforderliche Transfervolumen abzuschätzen, wurde eine Schadenverteilung in der GKV modelliert und in Beziehung zu den Haushaltseinkommen des Sozioökonomischen Panels gebracht. Im Modell wurde – analog dem Vorgehen in vergleichbaren Studien – eine maximale individuelle Belastungsgrenze von 15% des Bruttoeinkommens gewählt, die den heute in der GKV geltenden Durchschnittsbeitrag von 14% nur unwesentlich überschreitet. Jedes Mal, wenn die berechnete Risikoprämie die auf 15% des Haushaltseinkommens festgesetzte Höchstprämie übersteigt, kommt es in den Modellrechnungen zu einer Prämiensubvention. Das Ergebnis der Schätzungen lautet, dass der Staat die Individuen mit jährlich etwa 35,5 Mrd. Euro zu unterstützen hat.

Gegenfinanzierung

Allerdings entstehen für die staatlichen Haushalte durch den ausgezahlten Arbeitgeberanteil, der künftig normal zu versteuern wäre, zusätzliche Einnahmen von schätzungsweise 16,7 Mrd. Euro, so dass sich die Nettobelastung der öffentlichen Haushalte bereits hierdurch auf ca. 18,8 Mrd. Euro reduziert. Hinzu kommt, dass die derzeitigen Quersubventionierungen der GKV innerhalb der Sozialversicherung mit den staatlichen Prämientransfers entfallen. Auch hier handelt es sich um einen großen Posten, was schon daraus ersichtlich wird, dass allein die Beitragszahlungen der anderen Sozialversicherungszweige (Rentenversicherer, Arbeitslosenversicherung) in die GKV im Jahr 2000 rund 20,6 Mrd. Euro betrugen. Wenn diese Beitragszahlungen künftig überflüssig werden, können die freigewordenen Mittel entweder über Beitragsenkungen an die Versicherten weitergegeben oder für eine entsprechende Senkung der Bundeszuschüsse an die Sozialversicherungsträger genutzt werden.

Die Umstellung ist machbar

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Befreiung der GKV von Umverteilungsaufgaben, die ihre Effizienz mindern, zu einer deutlichen Umschichtung der Belastung in Richtung des für die systematische Umverteilung zuständigen Staatshaushalts führt. Durch Umschichtung bereits heute im Umverteilungskreislauf vorhandener Mittel kann die Reform für den Staat (einschließlich der Sozialversicherungsträger) näherungsweise belastungsneutral gestaltet werden. Vor diesem Hintergrund erscheint die Herausforderung für die Politik als nicht so groß, als dass sie nicht im Ablauf zweier Legislaturperioden planbar und durchführbar erscheinen würde.

Schlussbemerkung

Für eine nachhaltige Reform des deutschen Gesundheitswesens ist eine marktwirtschaftliche Ausrichtung, die einen Wettbewerb zwischen den verschiedenen auf dem Gesundheitsmarkt auftretenden Akteuren sicherstellt, unabdingbar. Die wichtigsten Komponenten des vorgeschlagenen Konzeptes sind risikoabhängige Prämien und eine Mindestversicherungspflicht für alle Bürger, die Aufhebung von Kontrahierungszwängen für die Krankenkassen und ein umfassender Wettbewerb ohne vorgeschriebene einheitliche Honorierungsformen auf der Seite der Leistungsanbieter. Die soziale Flankierung in Form eines Systems von Prämiensubventionen für diejenigen, deren Prämien einen festzusetzenden Anteil ihres Einkommens überschreiten würden, bildet einen integralen Bestandteil dieses Konzeptes.

Risikogerechte Prämien in der Krankenversicherung sind somit durchaus mit dem Sozialstaatsgedanken vereinbar, wenn sie durch ein System von Prämiensubventionen flankiert werden. Insgesamt ist auf diese Weise die staatliche Intervention auf das zur Behebung von allokativem und distributivem Marktversagen notwendige Maß reduziert. Wo er aber tatsächlich gebraucht wird, ist der Sozialstaat zur Stelle und unterstützt die Bedürftigen.

Ein so gestalteter umfassender Wettbewerb im Gesundheitswesen hätte nicht nur positive Auswirkungen auf das nationale Gesundheitssystem, sondern würde zugleich auch gute Voraussetzungen für einen künftigen deregulierten Gesundheitsmarkt innerhalb der EU schaffen. Eine höhere Wettbewerbsintensität im Inneren des Landes kann insofern auch als Beitrag für eine höhere Wettbewerbsfähigkeit nach außen angesehen werden. Die hier vorgeschlagene Wettbewerbsordnung des Gesundheitswesens hat den großen Vorteil, mit einer EU-weiten Marktöffnung kompatibel zu sein.

Das Gutachten „Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems“ erhalten Sie beim VFA oder als Download unter www.vfa.de/zuerichermodell.

Impressum

Herausgeber
Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.
(VFA)
Hausvogteiplatz 13
10117 Berlin

Gestaltung
Adler & Schmidt Kommunikations-Design, Berlin

Bildnachweis
Marc Darchinger Titel
digitalvision Titel

Druck
Ruksaldruck

September 2003

Verband Forschender
Arzneimittelhersteller e.V.
Hausvogteiplatz 13
10117 Berlin
Telefon 030 20604-0
Telefax 030 20604-222
www.vfa.de